

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

POUR

N^o
49

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre LECUIT

Né à Angers, le 21 mai 1904

Ancien interne à l'Hôtel-Dieu d'Angers

TORSION DU GRAND ÉPIPLOON
INTRA-ABDOMINALE, PURE

Président : M. OMBRÉDANNE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre LECUIT

Né à Angers, le 21 mai 1904

Ancien interne à l'Hôtel-Dieu d'Angers

TORSION DU GRAND ÉPIPLOON
INTRA-ABDOMINALE, PURE

Président : M. OMBRÉDANNE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1932

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	GRÉGOIRE
Physiologie.	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHIARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 N. Physiologie.
 AUBERTIN . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) . Pathologie médicale.
 BROCCQ. . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT. . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA. . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DOGNON. . . Physique.
 DONZELOT. . Pathologie médicale.
 ÉCALLE . . . Obstétrique.
 FEY. Urologie.
 GARNIER. . . Pathologie expérimentale.
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER. . Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HAZARD . . . Pharmacologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUGUENIN . . Anatomie pathologique.
 HUTINEL . . Pathologie médicale.
 JOANNON . . Hygiène.

MM

LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MILLOT . . . Histologie
 MONDOR. . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 OBERLING . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIÉDELÈVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUÉNU . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET. . . . Physiologie.
 SANNIÉ . . . Chimie biologique.
 SÉZARY. . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VERNE. . . . Histologie.
 VIGNES . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET . . Pharmacologie.
 GUÉNIOT . . Obstétrique.
 LEQUEUX . . Obstétrique.
 LEROUX. . . Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER . . Histologie.
 ZIMMERN . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.	
ABRAMI. . .	Clinique médicale.
CHIRAY. . .	Clinique médicale.
DEBRÉ. . .	Clinique médicale.
DUVOIR. . .	Clinique médicale.
FIESSINGER.	Clinique médicale.
LAIGNEL-LEVASTINE.	Clinique médicale.
BASSET. . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. .	Clinique chirurgicale.

MM	
HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.
MATHIEU. . .	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT. . .	Clinique chirurgicale.
PROUST. . .	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ.	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . .	Clinique chirurgicale.
LÉVY-SOLAL.	Clinique obstétricale.
METZGER.	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*En témoignage de profonde
affection et de reconnaissance.*

A MES CAMARADES D'INTERNAT

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DE L'HÔTEL-DIEU D'ANGERS

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOQUEL

Professeur de Clinique Chirurgicale
Directeur de l'École de Médecine d'Angers
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A LA MÉMOIRE DE MONSIEUR LE DOCTEUR BRIN

Professeur de Clinique Chirurgicale
Membre de la Société internationale de Chirurgie
Chevalier de la Légion d'honneur

A LA MÉMOIRE DE MONSIEUR LE DOCTEUR TESSON

Professeur de Clinique Chirurgicale
Membre correspondant de la Société de Chirurgie
Chevalier de la Légion d'honneur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Torsion du Grand Épiploon intra-abdominale, pure

Nous éliminons de cette étude le volvulus herniaire, simulant la hernie étranglée pour nous consacrer à l'étude exclusive des volvulus intra-abdominaux.

Parmi ces volvulus intra-abdominaux nous laissons de côté :

1° Les torsions épiploïques associées à celles d'autres organes (kyste de l'ovaire, côlon, appendice). La torsion étant dans ces cas-là un épiphénomène dont l'importance passe au second plan ;

2° Les torsions d'Épiploon porteur d'une tumeur (kyste hydatique) ;

3° Les torsions d'Épiploon intra-abdominales coexistant avec une torsion épiploïque herniaire.

Nous n'étudierons que les volvulus *isolés, sans tumeur épiploïque, sans hernie irréductible* ; en somme les volvulus qu'on peut appeler *volvulus épiploïques intra abdominaux purs*.

M. le Dr Thouvenin, notre maître, a bien voulu nous communiquer une observation personnelle de torsion épiploïque intra-abdominale et nous a conseillé de faire de cette question, le sujet de notre thèse inaugurale.

OBSERVATION PERSONNELLE

(Communiqué par M. le Dr THOUVENIN).

Torsion d'un Epiploon sain opéré pour appendicite.

Mlle G., 21 ans, Segré (Maine-et-Loire), m'est adressée par le Dr BARRAUD pour appendicite aiguë à opérer d'urgence.

C'est une grande et forte fille qui a été prise dans la nuit d'une douleur assez violente dans le ventre.

La douleur au début assez diffuse, mais, à maximum péri-ombilical, se localisa peu à peu dans la fosse iliaque droite. Le Dr BARRAUD appelé dans la matinée conclut à une crise d'appendicite et conseilla l'intervention immédiate.

Je la vois vers 10 h. du soir. Elle présente une fosse iliaque douloureuse, mais pas de vomissement, pas d'arrêt de matière ni de gaz. Elle avait eu une selle le matin. Pas de température. T. 37°4. Pouls : 90.

Bons faciès. Langue humide.

Examen. — Le ventre n'est pas ballonné, il est souple et mobile. Au niveau de la fosse iliaque droite, je note une légère défense musculaire. La douleur à la palpation n'est pas très vive. En tous cas, ni la défense musculaire, ni la

douleur, ne sont assez fortes pour m'empêcher d'explorer facilement la fosse iliaque et d'y constater la présence d'une tuméfaction large comme une petite paume de main, un peu allongée, obliquement de haut en bas, de dehors en dedans, étalée, nettement indépendante de la paroi, disparaissant quand je fais contracter celle-ci en faisant asseoir la malade.

Bien limitée, de consistance dure, elle ne paraît pas immobile. Elle est légèrement mobilisable dans le sens transversal.

Nettement indépendante de la paroi elle est également nettement indépendante des plans profonds.

Elle n'est pas étalée comme un plastron ordinaire. Elle n'est pas fixée. On la limite mieux en dehors qu'en dedans, en haut qu'en bas, mais nulle part ses contours ne sont empâtés.

A la percussion cette tuméfaction est submate et cette submatité tranche sur le léger tympanisme qui l'entoure.

Les flancs sont sonores et restent sonores dans le décubitus latéral, alternatif.

Il n'y a pas d'épanchement cliniquement appréciable.

Au toucher rectal la cavité pelvienne est libre, le Douglas apparaît souple. Je ne sens pas par le toucher bi-manuel l'extrémité inférieure de la tuméfaction.

Aucun trouble urinaire.

Antécédents. — Cette jeune fille a eu à deux reprises des crises abdominales analogues mais qui ne l'arrêtèrent pas.

Le première de ces crises date de 6 mois.

La dernière date de 3 mois.

A chaque fois, la crise ne dura que quelques heures. Mais le ventre resta endolori à la marche pendant quelques jours.

Ces crises, comme la crise présente, ne s'étaient accompagnées ni de vomissement ni de fièvre.

Diagnostic. — Je pense, comme le médecin traitant, à une crise d'appendicite avec plastron. Mais, je ne pouvais m'empêcher d'être surpris, non seulement de cette absence de température, de contracture, de vomissement et d'état nauséux, tous, symptômes habituels, au premier jour d'une crise appendiculaire aiguë. Surtout, quand cette crise a déterminé une réaction péritonéale objective assez forte, pour donner à la palpation la sensation d'une tuméfaction d'une petite paume de main.

Et ce qui me surprenait, ce n'était pas autant cette contradiction entre la présence de tels signes objectifs, et l'absence de troubles fonctionnels et généraux que la précocité de la constitution du plastron.

Le plastron appendiculaire apparaît en général après 2 jours. Il est bien rare de le constater dès le premier.

Mais, en raison de la mobilité relative, de la limitation assez nette des contours de la tuméfaction, enfin et surtout de la date récente de la crise (à peine 24 heures) je ne crus pas imprudent d'intervenir d'emblée, malgré l'existence de ce plastron qui, en général, nous donne le conseil de temporiser.

Intervention. — Anesthésie à l'éther.

La malade endormie, les contours de la masse se limitent mieux sous la paroi relâchée.

La tuméfaction paraît également plus mobile, même franchement mobile, comme une vraie tumeur abdominale.

Incision de Mac BURNEY.

Dès l'ouverture du péritoine, il s'écoule du liquide séro-hématique en assez grande abondance. Rapidement on aperçoit et on extériorise la masse sentie à la palpation avant l'ouverture. C'est une masse violacée, presque noirâtre, un peu irrégulière, grenue, rattachée à l'Epiploon par un pédicule étroit plusieurs fois tordu sur lui-même. L'extériorisation est facile. On l'enlève après 3 ligatures faites sur l'Epiploon au-dessus du pédicule. Puis, on va à la recherche de l'appendice. Il paraît sain, il est petit, un peu rétracté, latéro-cœcal, mais n'est pas enflammé, ni adhérent.

Appendicectomie.

Fermeture de la paroi.

Suites opératoires. — Guérison sans incident.

En décembre 1931, la malade a été revue 2 fois depuis l'intervention. Elle est en excellent état et ne souffre plus du ventre.

Examen histologique de la pièce (D^r PAPIN). — L'Epiploon est infiltré de leucocytes et d'hématies.

Légère réaction scléreuse.

Certains vaisseaux sont thrombosés.

A propos de cette observation nous avons recherché dans la littérature médicale des cas analogues.

Nous en avons trouvé 50 dont nous résumons les observations à la fin de ce travail.

En nous basant sur ces différentes observations nous allons essayer de faire une revue générale de la question au point de vue anatomo-pathologique, pathogénique, clinique et thérapeutique.

ANATOMO-PATHOLOGIE

La torsion du Grand Epiploon peut être *totale* ou *partielle*.

Totale. — Nous avons trouvé quelques observations de masses tordues volumineuses (LEJARS, Obs. 4 ; SYME, Obs. 8 ; LAPEYRE, Obs. 17 ; KELLY, Obs. ? ; GUCCI, Obs. 27 ; ALBERT, Obs. 34 ; MAC WHORTER, Obs. 39 ; SANTOTO, Obs. 46 ; GATELIER Obs. 47).

Ces masses tordues totalement remplissaient la moitié droite de l'abdomen.

Dans d'autres observations (HOCHENEGB, Obs. 2), le volume est comparé à celui d'une tête d'enfant.

Cette masse siège immédiatement au dessous du côlon transverse, appendue à un *pédicule*, plus ou moins gros : grêle parfois (WIENER, Obs. 3), très mince (RIEDEL, Obs. 13), comme le petit doigt (LAPEYRE, Obs. 17). On le rencontre aussi gros et trapu comme les deux poings (LEJARS, Obs. 4). Sa longueur est environ 4 à 5 cm., et il ressemble à une grosse corde.

La torsion se fait le plus souvent de droite à gau

che et comprend dans les cas les plus nombreux, plusieurs tours de spire.

A côté de ces torsions à pédicule unique, on note des torsions étagées. La masse épiploïque peut présenter 3 ou 4 étranglements successifs comme le montre si bien le dessin de KELLY reproduit dans le livre de MONDOR (*Diagnostics abdominaux urgents*).

Partielle. — C'est le cas le plus fréquemment rencontré.

La torsion ne porte alors que sur une partie de l'Epiploon et le plus souvent la partie droite.

Quelquefois cette torsion est très limitée et se borne à une frange épiploïque par exemple.

Aspect de la masse tordue. — Totale ou partielle, la masse tordue présente :

Un aspect violacé, souvent noirâtre ;

Une consistance dure.

Une surface irrégulière, bosselée, granuleuse.

A la coupe, elle est farcie de sang infiltré, plus ou moins coagulé.

Epanchement. — Il est de règle qu'il y ait un épanchement abdominal, le plus souvent hématique. Mais, nous avons relevé 3 cas où est signalée l'absence de liquide intra-péritonéal (RIEDEL, Obs. 13 ; SCHÖNHOLZER, Obs. 19 ; LEFEBVRE, Obs. 24).

Rarement il s'agit d'un épanchement franche-

ment sanglant pouvant simuler une hémorragie intra-péritonéale (SCHOEFFER et KELLER, Obs. 25).

Il est plutôt *séro-hématique*, comme le montre la grande majorité des cas. Cependant, il peut être uniquement *séreux* (TUFFIER, Obs. 6 ; MAC WHORTER, Obs. 39 et 40 ; GATELIER, Obs. 47). Il s'agit alors d'une simple réaction péritonéale mécanique mais aussi peut-être déjà inflammatoire.

Siège de la masse tordue. — Habituellement on la trouve à droite, occupant la fosse iliaque droite, parfois l'hypochondre droit (LEJARS, Obs. 4 ; CULLEN, Obs. 14 ; SCHAWRZ, Obs. 31 ; POLIDORI, Obs. 34 ; BONNET, Obs. 38 ; MAC WHORTER, Obs. 39 ; SANTORO, Obs. 46).

Elle peut pénétrer jusque dans le petit bassin (SCHOENHOIZER, Obs. 19) et c'est même là que le toucher vaginal pourra la révéler, ainsi qu'il est montré dans un cas unique (RIEDEL, Obs. 13), où la tuméfaction était rétro-utérine.

Il est possible également de la rencontrer dans la fosse lombaire droite (HALE, Obs. 20).

Rapports. — Si nous étudions maintenant les rapports de cette tuméfaction, il convient de distinguer quatre groupes de faits.

1^o Cas dans lesquels il y a d'abord la coexistence avec une hernie. — Il y a adhérence de l'extrémité inférieure de la masse épiploïque à un orifice herniaire le plus souvent inguinal droit. Là, se forme un pédicule de torsion secondaire.

Une seule fois l'adhérence fut rencontrée à l'orifice inguinal gauche (TUFFIER, Obs. 6).

Quelquefois la hernie a été opérée.

2^o *Cas dans lesquels il y a adhérence aux organes intra-abdominaux.* — Cette adhérence se fait avec :

la vésicule biliaire (CULLEN, Obs. 14 ; SCHWARZ, Obs. 31 ; KNOFLACH, Obs. 49) ;

la trompe (NOBLE, Obs. 10) ;

l'appendice ou l'intestin (OTTO SIMON, Obs. 15) ;

le côlon ascendant (WIENER, Obs. 3) ;

3^o *Cas dans lesquels il y a coexistence de la tuméfaction épiploïque avec une lésion d'épiploïte chronique.*

4^o *Cas dans lesquels le reste de l'Epiploon est non seulement libre (sans adhérence) mais sain.*

HISTOLOGIE

Malheureusement, cet examen manque dans la plupart des observations.

Ce qu'il est de règle de rencontrer dans les examens qui ont été faits, c'est :

Une infiltration hématique et leucocytaire ;

Souvent une thrombose veineuse.

Parfois de la nécrose.

PATHOGÉNIE

A priori, quand on se représente l'aspect anatomique normal du Grand Epiploon, organe dont la zone d'implantation est à la fois linéaire, extrêmement large et mobile, il ne semble pas remplir les conditions ordinaires qui favorisent une torsion. Surtout, quand on songe qu'au-dessous de cette implantation si large, le Grand Epiploon représente un organe si peu lourd et si mince, qu'il s'étale au-devant des anses intestinales, comme un vrai tablier auquel il est classique d'ailleurs de le comparer.

Plusieurs théories ont été imaginées. Nous n'avons pas l'intention de les exposer ni d'en faire la critique. Cette étude a déjà été faite dans les thèses analogues (MATTRAIS, Thèse Paris, 1908 ; BARBONI, Thèse Paris, 1911 ; DESMIER, Thèse Paris, 1927 ; PERIBERE, Thèse Paris, 1928 ; RAMEAUX, Thèse Paris, 1929).

Qu'il nous suffise de dire que ces théories renferment toutes une part de vérité et qu'elles s'appliquent à certains cas particuliers. Mais, chacune d'elle ne saurait s'appliquer à la totalité des cas.

Abstraction faite des torsions du Grand Epiploon *associées* à d'autres torsions, ou *pédiculées* par une tumeur développée en son épaisseur, torsions, dont la pathogénie s'explique aisément mais que sys-

tématiquement nous avons éliminée de cette étude, restant *exclusivement* sur le terrain des dispositions anatomiques constatées dans les différentes observations publiées, nous pouvons répartir en deux groupes les torsions du Grand Epiploon :

I. — Torsions d'Epiploon coexistant avec une hernie d'ailleurs réductible.

II. — Torsions d'Epiploon ne coexistant pas avec une hernie.

Les premières paraissent les plus fréquentes et la hernie est le plus souvent droite réductible dans la plupart des cas, parfois même opérée.

Dans tous ces cas l'extrémité inférieure de l'Epiploon est plus ou moins adhérente au trajet de l'orifice herniaire, et la théorie de LEJARS semble la plus plausible.

La masse épiploïque se trouve fixée à ses deux extrémités : sous l'action des contractions et des mouvements de la respiration, elle se tord sur elle-même, comme un linge fixé à deux clous et qu'on roule sur lui-même.

TORSIONS NE COEXISTANT PAS AVEC UNE HERNIE

I. *Il n'y a pas de hernie mais l'Epiploon est adhérent.* — Dans quelques cas c'est avec l'appendice, dans d'autres avec la trompe, le côlon ascendant, la vésicule biliaire.

L'Epiploon se trouve dès lors dans les mêmes con-

ditions que lorsqu'il est adhérent à un orifice herniaire, il peut se tordre dans les mêmes conditions et par le même mécanisme, entre ses deux zones d'adhérence, l'une proximale, zone d'implantation au côlon transverse, l'autre, distale, à l'un des viscères abdominaux.

Il est vrai que cette zone d'implantation distale, est moins fixe qu'un orifice herniaire et que partant, la prédisposition à la torsion créée par cette adhérence périphérique d'un des bords du tablier, est moins favorable au volvulus.

Elle n'en existe pas moins et il convient de la retenir et de ne pas chercher dans les cas où on l'observe d'autres causes au volvulus constaté.

2° Il n'y a pas d'adhérence de l'EPIPLOON, mais l'EPIPLOON est atteint d'éPIPLOÏTE.

Comment l'éPIPLOÏTE favorise-t-elle la torsion ? En général, la torsion n'est pas totale mais partielle, limitée à l'une de ses portions plus ou moins isolées du reste de l'EPIPLOON par le processus inflammatoire. Faut-il encore expliquer comment ce processus favorise le volvulus.

L'éPIPLOÏTE chronique ainsi que l'ont très bien montré WALTER, HALLER, SILHOL (Rapport au Congrès de chir., 1927), crée dans l'EPIPLOON des lésions extrêmement polymorphes. Beaucoup d'entre elles favorisent la torsion.

Elle épaissit, et tuméfie une partie de l'EPIPLOON. elle sclérose et rétracte.

La zone sclérosée se péculise plus ou moins. D'autres zones sont alourdiées par la tuméfaction.

Toutes ces conditions, on le conçoit, favorisent le volvulus.

L'Epiploon atteint d'épiploïte n'est plus le tablier souple et mince qui s'étale au-dessous d'une zone d'implantation presque linéaire au-devant des anses intestinales. Il est déformé, ici rétracté, ici pédiculé, là alourdi, formant presque une vraie tumeur inflammatoire, dont il est facile dès lors d'expliquer les tendances à la torsion.

En résumé : l'épiploïte, laquelle est le plus souvent due, d'ailleurs, à l'appendicite chronique, crée un état de déséquilibre de la statique de l'Epiploon, qui favorise son volvulus partiel.

3° Reste enfin un dernier groupe, celui des torsions de l'Epiploon ne coexistant pas avec une hernie non adhérente avec un viscère abdominal non atteint d'épiploïte.

C'est la torsion de l'Epiploon sain, le volvulus épiploïque pur dans toute l'acception du mot.

Les faits que l'on peut rassembler dans ce groupe paraissent être les moins nombreux. Ils ont fait l'objet d'une thèse récente (PERIBERRE, Thèse Paris, 1928). *Le cas qui fait l'objet de cette étude semble prendre place dans ce groupe.*

Comment expliquer ces faits ? Nous sommes ici, dans le domaine des pures hypothèses.

MAC WHORTER envisage la pédiculisation comme étant d'origine *congénitale*.

La surcharge de graisse? laquelle peut exister même chez les maigres, peut être une surcharge localisée, sorte de *lipome épiploïque*.

Peut-être aussi l'Epiploon se tord-il, non pour des raisons anatomiques mais physiologiques?

Nous connaissons mal la physiologie, ou tout au moins la physiologie mécanique, si j'ose dire, de l'Epiploon.

L'Epiploon n'a pas une contractilité propre, active. Il n'a pas de fibre musculaire. Il n'a qu'une « *mobilité d'emprunt* » (Péristaltisme intestinal. Mouvements respiratoires).

Mais, indépendamment de cette mobilité passive due à une pression extérieure, il semble qu'il en possède une autre, celle-là d'origine intrinsèque et due à son mode de circulation.

Sous l'effet de ces différents facteurs (respiration, péristaltisme intestinal, circulation), il semble qu'à l'état normal les franges épiploïques ont toujours tendance à s'enrouler sur elles-mêmes.

MORESTIN pense qu'à l'état physiologique l'Epiploon doit à tout instant se tordre et se détordre. La frange épiploïque gonflée de sang veineux se tord et se détord autour de son axe artériel.

La vraie torsion épiploïque, la torsion pathologique, celle qui se révèle cliniquement, commence quand, à la simple gêne circulatoire, succède un arrêt

de la circulation de retour, qui peut être suivi lui-même de l'arrêt de la circulation artérielle.

Mais il ne s'agit là que d'hypothèses. Ce qui est certain, c'est, si rare soit-elle, la possibilité de volvulus partiel de l'Epiploon sain.

Une dernière question reste à résoudre et qui trouve sa place dans ce chapitre de pathogénie. Pourquoi la masse volvulée se trouve-t-elle presque toujours à *droite* et surtout dans la fosse iliaque ?

Ce siège s'explique aisément quand il y a coexistence du volvulus et d'une hernie inguinale droite au niveau de laquelle se trouve en effet le pédicule inférieur de la torsion. Mais comment l'expliquer dans les autres cas ? Il est vraisemblable que la masse tordue, d'abord médiane, haute, presque épigastrique, comme la douleur qui la révèle cliniquement, est progressivement entraînée, refoulée entre la paroi abdominale et la masse intestinale par le péristaltisme des anses grêles vers la terminaison de l'iléon, c'est-à-dire vers le cæcum et la fosse iliaque droite.

SYMPTOMATOLOGIE

MODE DE DEBUT. — Dans la plupart des observations, le début est brusque, quelquefois brutal (douleur en coup de poignard). Plus rarement, la douleur s'installe d'une façon progressive, pour n'atteindre son maximum qu'au bout de un ou deux jours.

ANTÉCÉDENTS. — Que la douleur, premier symptôme, soit brusque, brutale ou progressive, il est rare qu'il y ait des antécédents abdominaux nets. C'est dans la minorité des observations que l'on note en effet dans le passé de ces malades :

a) des douleurs abdominales intermittentes, ou des crises analogues à celles constatées actuellement.

Il n'est pas rare en revanche, de constater une vieille hernie inguinale, le plus souvent droite.

Dans une seule observation (TUFFIER, Obs. 6) on trouve une *hernie* inguinale gauche.

Mais, cette hernie est réduite depuis longtemps, le plus souvent non maintenue par un bandage et n'ayant donné lieu à aucun accident pouvant inquiéter le malade. D'ailleurs, cette hernie est quelquefois opérée.

Cet antécédent herniaire doit quand même être

retenu. Nous avons vu le rôle qu'il peut jouer au point de vue pathogénique. Il peut peser dans la balance au moment du diagnostic en faveur d'une torsion du Grand Epiploon.

b) Dans quelques observations on note des *crises appendiculaires* (SCUDDER, Obs. 12 ; RIDEL, Obs. 13 ; CULLEN, Obs. 14 ; OTTO SIMON, Obs. 15 ; BUBIS, Obs. 22 ; BONNET, Obs. 38 ; MAC WHORTER, Obs. 40 ; PERIBERE Obs. 41 ; ERDMANN, Obs. 23) en grénéral légères. Mais nous n'avons noté qu'une seulement vraie crise appendiculaire ayant fait poser la question d'une intervention d'urgence avec diagnostic confirmé à l'opération ; c'est dans l'observation d'ERDMANN. où coexistait une torsion de la moitié du Grand Epiploon avec un appendice enflammé (suppurating).

c) Dans une observation enfin (NOBLE, Obs. 10) il y a des antécédents annexiels (*blennorrhagie*).

SYMPTÔMES FONCTIONNELS. — 1^o C'est la *Douleur* qui constitue le principal et souvent l'unique symptôme.

Cette douleur, quelquefois assez vive, quelquefois *excruciante* (LAPEYRE, Obs. 17 ; HALE, Obs. 20 ; LEFEBVRE, Obs. 24 ; CUCCI, Obs. 28 ; ALBERT, Obs. 34 ; POLIDORI, Obs. 35 ; MAC WORTHER, Obs. 40), est souvent au début généralisée à tout l'abdomen avec maximum épigastrique (NOBLE, Obs. 10 ; CULLEN, Obs. 14 ; POLOSSON et COMTE, Obs. 30).

Puis, elle se localise *à droite* soit dans l'hypochondre droit sous le rebord costal (SCHWARZ, Obs. 31 ;

POLIDORI, Obs. 35; BONNET, Obs. 38; MAC WORTHER, Obs. 39; SANTORO, Obs. 46).

Soit à droite de l'ombilic (STEWART, Obs. 11; HALE, Obs. 20; SCHOEFFER et KELLER, Obs. 25; HINTON, Obs. 33; ALBERT, Obs. 34).

Soit, enfin, et surtout, dans la fosse iliaque droite (toutes les autres observations).

Il est rare de constater la localisation de la douleur dans la région gauche de l'abdomen.

Dans un cas, la douleur est hypogastrique, s'accompagnant alors de troubles vésicaux (cystalgie, ténésme) (BUFFALINI, Obs. 26).

Une fois la douleur est pelvienne.

La douleur est donc le premier symptôme, prédominant et parfois, l'unique symptôme.

2^o On note assez souvent, au début, *un état nauséux et même des vomissements*. Mais il est rare que cette intolérance gastrique persiste et on ne voit que dans quelques observations des vomissements bilieux incessants.

3^o L'arrêt des matières et des gaz, une constipation de quelques jours (SCUDDER, Obs. 12) est parfois et même souvent notée; mais, il ne s'agit là que d'un peu de *parésie intestinale* analogue à celle que l'on note et que l'on rencontre dans tous les états douloureux mécaniques de l'abdomen (coliques hépatiques, coliques néphrétiques et autres torsions). On ne note que rarement l'arrêt complet des gaz. ALBERT, Obs. 34; POLIDORI, Obs. 35; GATELIER et MAXIMIN, Obs. 48).

SYMPTOMES GÉNÉRAUX. — Le plus souvent, l'état général n'est pas inquiétant, sauf comme il est noté dans quelques observations rares (HECKER, Obs. 7 ; OTTO-SIMON, Obs. 15 ; LAPEYRE, Obs. 17 ; HALE, Obs. 20 ; BUBIS, Obs. 22 ; URHANI, Obs. 36 ; INTROINI, Obs. 44 ; GATELIER et MAXIMIN, Obs. 48).

Le faciès du malade n'est ni *grippé* comme dans les états péritonéaux,

ni intoxiqué, comme dans les iléus,

ni même seulement *angoissé* comme dans les torsions d'autres organes.

Le faciès est douloureux et fatigué, et parfois tout à fait normal (Observation personnelle).

Pas de température en général.

Pouls rarement très accéléré (90-100).

SYMPTOMES PHYSIQUES. — *Examen de l'abdomen :*

1^o On note dans certaines observations un ventre ballonné. Mais, ce *météorisme* ne paraît pas avoir été considérable. Le plus souvent, le ventre reste mobile et plat.

2^o Très souvent, il reste souple sous une pression douce, sauf au niveau de la masse douloureuse où, presque dans tous les cas, on note une certaine *défense musculaire*.

Mais cette défense musculaire paraît être plutôt une contraction réflexe de la paroi, qu'une contracture vraie.

3^o C'est sans doute en raison de cette absence de *météorisme* important et de contracture vraie que

nous pouvons noter comme signe objectif capital de la torsion une *tuméfaction intra-abdominale*, plus ou moins volumineuse.

Elle se trouve au niveau du siège des douleurs accusées par le malade.

a) Cette tuméfaction a rarement les *contours* nets, précis, limités, d'une tumeur vraie (LEJARS, Obs. 4; NOBLE, Obs. 10; SCUDDER, Obs. 12; SCHOENHOLZER, Obs. 19; GUCCI, Obs. 28). Mais, elle est en général plus aisément *limitable* et surtout plus *mobile* qu'un plastron (SMYTHE, Obs. 16), qu'elle imite parfois (CORACHON, Obs. 50).

Ses contours sont souvent irréguliers, mais n'ont pas sur toute leur étendue, le même caractère.

On la limite plus aisément :

en haut qu'en bas,
en dedans qu'en dehors.

Dans notre observation, sous la paroi, avant l'anesthésie, on pouvait limiter assez nettement ses contours en dehors et en haut. Sous-anesthésie, on la limitait partout nettement et on put en fixer l'étendue à environ une petite paume de main.

b) Dans les observations le *volume* varie entre celui d'un œuf à celui d'une masse énorme remplissant la moitié du ventre.

c) A la percussion, on trouve une submatité tranchant sur le météorisme et le tympanisme ambiant.

La matité dans les flancs, signe d'épanchement, est rarement notée. Il n'est pas rare que l'épan-

chement qui est de règle dans la torsion épiploïde soit peu abondant, donc insuffisant pour déterminer une matité mobile dans les flancs.

d) Quels que soient par ailleurs les caractères de cette tuméfaction, elle siège le plus souvent comme la douleur, *franchement à droite de la ligne médiane, le plus souvent dans la fosse iliaque.*

Mais il n'est pas rare de la trouver dans *l'hypochondre droit*, disparaissant même sous le rebord costal (cf. Observations 31, 38, 46).

Une seule fois la tuméfaction était pelvienne et n'apparaissait qu'au toucher vaginal et rectal (RIDEL, Obs. 13).

FORMES CLINIQUES ET DIAGNOSTIC

Après cette énumération un peu sèche et cette analyse de différents symptômes nous allons essayer de les grouper et de les répartir dans les formes plus vivantes et cliniques.

Nous pouvons distinguer 3 formes :

I. — Forme suraiguë

Elle est rare.

Il est rare que la torsion épiploïque simule les *grands syndromes* dramatiques de l'abdomen (perforation intestinale, pancréatite hémorragique) ni même les autres torsions d'organes (volvulus intestinal, torsion de kyste d'ovaire).

Dans 3 observations seulement (ALBERT, Obs. 34 ; POLLIDORI, Ob. 35 ; GATELIER, et MAXIMIN, Obs. 47) on a fait le diagnostic d'Iléus en raison de l'importance des vomissements, du météorisme, de l'arrêt total des matières et des gazs.

Dans l'observation d'ALBERT de Liège, il y avait des symptômes de volvulus et en étudiant de plus près cette observation on peut voir qu'il s'agissait déjà moins d'un volvulus du Grand Epiploon que

d'un volvulus colique qui s'amorçait. Les symptômes graves, ceux qui dominaient la scène (arrêt des matières, absence de gaz, ballonnement du ventre) étaient dus à l'obstruction intestinale mécanique et non à un réflexe dû à la seule torsion de l'Epiploon voisin.

II. — **Forme lente**

A l'opposé de la forme suraiguë, citons la forme lente, presque chronique, dans laquelle on remarque l'absence de douleurs aiguës et la souplesse du ventre qui permet la constatation et l'examen d'une tuméfaction peu douloureuse ou même complètement indolore.

Elle pourrait alors égarer le diagnostic vers celui d'une tuméfaction abdominale chronique telle qu'une *néoplasie*, une *tuberculose du cæcum*, un *plastron de péritonite tuberculeuse*.

Mais on ne saurait guère s'attarder à de telles hypothèses, en songeant que si cette tuméfaction est apparue sans grande douleur elle ne date que de quelques jours et que par ailleurs, il n'y a aucun symptôme fonctionnel chronique vrai : qu'il n'y a notamment, dans les antécédents récents, aucun trouble de la fonction intestinale.

III. — **Forme classique**

C'est entre ces formes suraiguës et ces formes lentes également rares, que va se placer la forme classique.

Une douleur brusque, quelques nausées, une légère défense musculaire sous laquelle on sent une tuméfaction douloureuse à la pression, voilà qui évoque tout de suite l'idée d'une inflammation péritonéale limitée, et comme, le plus souvent, ces différents phénomènes objectifs sont localisés dans la fosse iliaque droite, c'est évidemment à *l'appendicite* qu'il est naturel de penser.

De fait, c'est le diagnostic d'appendicite qui a été fait dans la plupart des observations que nous avons réunies : c'est celui qui fut fait dans celle qui est l'objet de ce travail.

On peut se demander alors quels sont les arguments qui auraient pu plaider contre l'hypothèse si vraisemblable d'une affection aussi fréquente que l'appendicite, en faveur de l'hypothèse d'une affection aussi exceptionnelle que la torsion de l'Epiploon ?

1° *L'absence de température ?* — Evidemment c'est un argument à revenir. Mais, ne nous arrive-t il jamais d'enlever des appendices gravement atteints, parfois même gangrenés, à des malades qui n'ont pas présenté de température. Pourtant, il convient de noter que cette absence de réaction thermique est

somme toute assez rare et qu'elle est surtout rare dans ces cas qui donnent comme ici, une *tuméfaction*, un *plastron*, de *l'empâtement*, faisant même penser, à un abcès en formation.

2° *Moindre sensibilité ?* — La moindre sensibilité de la tuméfaction est notée dans beaucoup d'observations.

C'est un signe à retenir, de même la mobilité plus grande, la limitation plus aisée.

3° *Rapidité de la formation ?* — Mais, c'est la rapidité avec laquelle cette tuméfaction s'est formée qui constitue, selon nous, le *symptôme différentiel* le plus frappant.

Il est rare de voir se développer 24 heures après le début d'accidents appendiculaires une tuméfaction de la fosse iliaque. Or, dans beaucoup de cas de torsions épiploïques, la tuméfaction est apparue *en même temps que les symptômes douloureux ou peu de temps après*.

Dans notre observation, 12 heures après les débuts il y avait dans la fosse iliaque une tumeur grosse comme une paume de main. Voilà qui est plus impressionnant.

Le Docteur THOUVENIN nous déclare :

« Evidemment j'aurais pu songer à une torsion
« du Grand Epiploon ; je savais que cela existait, mais
« je n'en avais jamais vu. En revanche, j'avais le
« souvenir très net de deux malades qui à peu de

« temps d'intervalle étaient venues à l'hôpital, à pied,
« déclarant souffrir un peu du ventre ; l'une depuis
« 2 jours à peine, l'autre, depuis la veille seulement »

« A la palpation de l'abdomen je trouvais dans la
« fosse iliaque droite sous une paroi à peine contr ac-
« tée, une masse peu douloureuse, assez mobile, assez
« semblable, somme toute, à celle de la torsion épi-
« ploïque que je vous communique. Comme chez
« celle-ci il n'y avait pas de température, le poul-
« s était normal et l'état général ne paraissait guère
« affecté.

« A l'intervention, dans les deux cas, la tuméfac-
« tion était une gangue épiploïque allongée, épaissie,
« libre et mobile dans le ventre, à peine conges-
« tionnée et au centre de cette gangue un appen-
« dice en voie de sphacèle.

« Il était naturel de penser que chez ma malade
« atteinte de torsion épiploïque il s'agissait d'un
« cas analogue et de ces formes d'appendicite que
« l'on pourrait appeler APPENDICE INTRA-ÉPIPLOÏQUE,
« malgré la date relativement rapprochée du début
« des symptômes douloureux. »

Mais ce n'est pas seulement avec l'appendicite que
le diagnostic de torsion épiploïque dans sa forme
classique peut se poser, mais encore avec celui
d'une *cholécystite*.

Dans quelques observations en effet on note que
la masse se trouve dans *l'hypocondre droit*, dans la
région para-ombilicale droite, et même, sur le *rebord*
costal.

C'est là le siège ordinaire des vésicules enflammées.

Et le diagnostic, si on y pense, peut rester hésitant, plus hésitant même qu'avec l'appendicite évoquée tout à l'heure en cas de tuméfaction de la fosse iliaque. Car, contrairement à ce qui se passe d'ordinaire quand il s'agit d'appendicite, la tuméfaction vésiculaire peut apparaître *dès le premier jour* comme la torsion, et donner comme elle une tuméfaction plus aisément limitable qu'un plastron appendiculaire.

Les antécédents lithiasiques, l'irradiation des douleurs vers la région dorsale et scapulaire, la continuité plus grande de la masse avec la matité hépatique, la régularité, la rondeur plus grande de ses contours seraient des arguments en faveur de la cholécystite. Mais, outre que la cholélithiase n'est pas la seule cause possible de cholécystite, la continuité avec le foie, les caractères précis de la tuméfaction s'apprécient parfois mal sous une paroi douloureuse qui se défend ; on conçoit dès lors, que la *distinction reste plus théorique que réelle.*

Le diagnostic de la torsion du Grand Epiploon se pose parfois dans d'autres conditions quand la torsion du Grand Epiploon ne s'accompagne pas de tuméfaction perceptible, malgré l'absence de météorisme et de contracture qui sont les deux raisons ordinaires de sa non constatation quand elle existe. Outre l'appendicite encore, et plus encore qu'elle, il est une affection qui s'accompagne des mêmes symptômes

que la torsion du Grand Epiploon : c'est la torsion des appendices du côlon droit dont on a signalé quelques cas récemment (BRAINE, Soc. Chir.). Voici d'ailleurs 2 observations résumées qui furent publiées dans la *Zentralblatt für Chir.* du 8 mai 1926, rapportées par BENDER.

A. Femme, 39 ans.

Douleur abdominale à début brusque. Il y a 8 jours nausées sans vomissement.

Ventre souple sauf dans la région iléo-cæcale, où l'on trouve une sensibilité circonscrite avec un peu de défense musculaire.

Diagnostic. — Appendicite subaiguë. Les douleurs persistent malgré le traitement médical.

Intervention. — Cæcum et appendice sains.

A 5 cm. au-dessus de la valvule iléo-cæcale, sur le côlon ascendant, tumeur grosse comme une noisette adhérente à la paroi, bleuâtre, et infarcie.

Tumeur appendue à l'intestin par un pédicule long de 1 cm. et tordue.

Résection.

Suites opératoires. — Guérison.

B. Femme, 36 ans.

Elle est prise brusquement 3 jours auparavant de douleurs dans le côté droit du ventre.

Ni vomissement ni constipation.

Ventre souple.

La palpation réveille une douleur à un travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale.

Diagnostic. — Appendicite subaiguë.

Intervention. — 24 heures après. — Appendice normal.

Au-dessus de l'abouchement de l'iléon et en face, appendice épiploïque à pédicule très mince, tordu et gangréné.

Ablation.

Suites opératoires. — Guérison.

Dans tous les cas, la tuméfaction résultant de la torsion donne cette symptomatologie brusque plus mécanique qu'inflammatoire qui caractérise la torsion du Grand Epiploon.

La tuméfaction qui en résulte est trop peu importante pour être perceptible même dans un ventre plat sous une paroi non contractée.

Autres formes cliniques.

Nous serions incomplets si nous ne parlions pas de 3 formes cliniques de l'omento-volvulus :

Celle de la femme enceinte ;

Celle coexistant avec une hernie irréductible ou réductible ;

Celle enfin, s'ajoutant à une lésion appendiculaire.

Chez la femme enceinte. — Il en a été trouvé

3 cas (RIDEL, Obs. 13 ; SCHOEFFER et KELLER, Obs. 25 ; BUBIS, Obs. 22).

Leur étude symptomatologique ne révèle rien de spécial. La torsion semble se produire au début de la seconde moitié de la gestation (5^e et 6^e mois) et n'avoir pas une influence abortive absolument nette sur l'évolution de la grossesse.

Cependant dans l'observation de RIDEL on ne peut mettre en doute que la torsion du Grand Epiploon qu'il signale a provoqué l'accouchement prématuré.

Chez le herniaire. — Ou bien la hernie est irréductible.

Il convient alors par le palper d'établir la continuité des 2 masses, herniaire et épiploïque intra-abdominale, et d'étudier soigneusement les antécédents et l'histoire de la hernie.

Ou bien la hernie est réductible.

Les symptômes du côté herniaire sont alors nuls. Mais on peut se demander si la tumeur épiploïque trouvée dans la fosse iliaque n'est pas une réduction en masse d'un épiplocèle étranglé.

C'est d'ailleurs le diagnostic qui fut posé dans l'observation de GATELIER et MAXIMIN (Obs. 47).

Coexistence de la torsion avec l'appendicite. — Elle est rare, mais elle existe toutefois.

Cependant, de toutes les observations où l'appendicite diagnostiqué a coïncidé avec la présence d'un omento-volvulus, que l'appendice soit simplement

un peu adhérent, épaissi, congestionné, même enflammé (supurating), il en ressort que l'intensité des symptômes présentés par les malades est peu en rapport avec la lésion beaucoup plus importante de l'épiploon tordu en totalité ou partiellement, violacé, noirâtre, parfois nécrosé.

DIAGNOSTIC OPÉRATOIRE

Puisque le plus souvent la torsion du Grand Epiploon est une découverte au cours d'une intervention pratiquée pour une tout autre lésion, le chapitre « diagnostic » comporte un dernier paragraphe, le diagnostic opératoire.

Quand on opère une « appendicite » et qu'on trouve à l'opération un appendice sain, il faut songer au volvulus d'une frange épiploïque.

Souvent, il est vrai, on peut être orienté vers ce diagnostic par l'issue de liquide sanguinolent, mais ceci n'est pas la règle.

Nous avons vu qu'il peut y avoir un épanchement séreux comme dans une réaction péritonéale banale. Il est sage dans ce cas, d'explorer systématiquement l'épiploon, dont la torsion partielle quand elle existe peut très bien ne pas s'imposer dès l'ouverture du péritoine.

COMPLICATIONS ET PRONOSTIC

Laissée à elle-même, la torsion épiploïque peut suivre deux évolutions.

1^o *Nécrose aseptique*, sans histoire ;

2^o *Gangrène*, infection péritonéale suraiguë.

La première évolution est rare. Il s'agit de torsions très limitées qui se sont constituées en plusieurs temps. La nécrose reste aseptique. La frange tordue se sclérise ou se résorbe. Cette évolution est rare. Il ne faut pas l'escompter.

Plus souvent la nécrose de l'organe tordu n'a pu avoir évolution aseptique.

Au contact de l'intestin distendu par la parésie, elle s'infecte. La masse tordue se gangrène. Le résultat est une *infection péritonéale aiguë* (cf. LAPEYRE, Obs. 17).

L'infection péritonéale est la complication ordinaire et presque comme l'aboutissant de la torsion du Grand Epiploon laissée à elle-même

Plus rares sont les autres complications.

On a signalé *l'hémorragie intra-péritonéale menaçante*.

MONDOR signale la rupture du pédicule, *l'amputation épiploïque* (LOSSE, RODIÈS) et déclare que 12 cas ont été publiés dont plusieurs mortels (WIRCHOW et RULE).

LE PRONOSTIC

« Le pronostic est assez sérieux » déclare Mac WORTER qui, sur 44 cas de torsions, qu'il a réunis, trouve 6 décès, soit une mortalité de 14 %.

Parmi les cas que nous avons réunis, la mortalité semble plus faible puisque nous n'avons que 3 décès sur 51 cas.

Il est vrai que tous ces cas ont été opérés, la plupart d'une façon précoce

TRAITEMENT

Le traitement ne peut être que chirurgical et doit être pratiqué dès le diagnostic posé.

Ce traitement ne saurait consister en une simple *détorsion*.

Nous n'avons trouvé qu'une seule observation où cette détorsion fut effectuée (EITEL, Obs. 1)

Le seul traitement à appliquer c'est *l'ablation* de la masse volvulée.

S'il s'agit d'une *torsion totale*, c'est la désinsertion du Grand Epiploon au ras du côlon transverse.

S'il s'agit de *torsion partielle*, on place les liga-

tures, non pas au niveau du pédicule, mais nettement au-dessus, en portion saine.

On en profite pour explorer le reste de l'épiploon et s'il paraît atteint d'épiploïte chronique, pour éviter la récurrence il ne faut pas hésiter à faire la résection épiploïque totale.

CONCLUSIONS

De cette étude basée sur 51 observations dont une inédite, nous pouvons conclure :

1^o Le volvulus intra-abdominal *épiploïque pur*, c'est-à-dire ne coexistant pas avec un volvulus herniaire, est une affection rare mais qui doit prendre, si modeste qu'elle soit, sa place dans le diagnostic des affections abdominales aiguës.

2^o Le volvulus peut être *total*, le plus souvent il est *partiel*, quelquefois *minime*, localisé à une frange épiploïque. Mais, quelle que soit son importance, son aboutissement ordinaire n'est, ni la détorsion spontanée, ni la nécrose aseptique, mais la gangrène, et, partant, l'infection péritonéale.

3^o Au point de vue *pathogénique*, nous avons retenu deux causes fréquentes de torsions :

a) une adhérence périphérique d'un des bords du tablier,

b) une épiploïte chronique.

a) Une *adhérence périphérique*, le plus souvent *herniaire* mais qui peut être *viscérale* (vésicule, appendice, trompe, etc.) adhérence constituant le

piveau ou mieux le pédicule inférieur de la torsion.

b) *l'épiploïte chronique*, d'origine le plus souvent appendiculaire, plus ou moins diffuse, qui déséquilibre d'une façon progressive la statique de l'épiploon et favorise la torsion pour des raisons multiples et qui peuvent s'ajouter (épaississement, rétraction, pédiculisation partielle, etc.).

Mais il paraît certain que *l'épiploon non adhérent et sain* peut se tordre pour des raisons qui sont peut-être plus physiologiques qu'anatomiques : exagération sous l'action de facteurs variables (hyperkinétisme intestinal, poussée péritonéale inflammatoire, traumatisme) de la tendance qu'ont normalement les franges épiploïques à s'enrouler sur elles-mêmes.

4° *Au point de vue clinique*, la torsion épiploïque simule rarement les grands syndromes abdominaux graves tels qu'une perforation ou l'iléus.

Rarement aussi une affection chronique telle que la tuberculose péritonéale ou iléo-cæcale.

Entre ces deux extrêmes, la torsion épiploïque ordinaire apparaît comme une affection abdominale pas très aiguë, parfois même subaiguë, localisée dans la fosse iliaque droite et simulant l'appendicite avec plastron. Et de fait, c'est là le diagnostic qui fut le plus souvent posé.

Si on voit le malade le premier jour, l'absence de température, la sensibilité trop obtuse du plastron, sa netteté un peu inattendue et surtout son apparition

trop rapide, presque contemporaine des premières douleurs, pourront, surtout si l'on y pense, nous aiguiller vers le diagnostic de volvulus épiploïque.

Mais si on voit le malade *plusieurs jours après le début*, la confusion avec une appendicite est plus facile, car le volvulus s'empâte ; il y a un peu de température. Le meilleur secours nous sera apporté alors, par l'examen du sang et la recherche de la leucocytose, élevée en cas d'appendicite, normale dans la torsion.

Mais, nous avons surtout conclu devant l'incertitude fréquente de cette symptomatologie, à l'utilité *d'explorer systématiquement l'épiploon* quand, au cours d'une intervention pour syndrome appendiculaire aigu on trouve un appendice insuffisamment malade pour expliquer les symptômes constatés, à la manière dont on doit toujours explorer l'épiploon, quand on opère une appendicite chronique, pour ne pas risquer de méconnaître la si fréquente et si sournoise épiploïte.

5° *Le pronostic* du volvulus de l'épiploon n'est grave que si on laisse évoluer la lésion qui se complique alors de gangrène et d'infection péritonéale, plus rarement d'hémorragie par rupture du pédicule.

Le pronostic est bénin quand on intervient à temps.

6° *Au point de vue thérapeutique*, nous avons con-

clu à l'ablation complète du Grand Epiploon en cas de volvulus total et de volvulus partiel avec épiploïte ; à l'ablation partielle, dans les autres cas.

Enfin, à l'ablation systématique de l'appendice qui, dans bien des cas, a pu être la cause indirecte et lointaine du volvulus en créant l'épiploïte qui favorise la torsion.

OBSERVATIONS

Observation 1.

EITEL, 1899, (New York, *Med. Record*, 20 mai 1899).

Homme de 44 ans.

Antécédents. — Porteur d'une ascite déjà ponctionnée 2 fois.

Douleurs abdominales au niveau d'une zone fréquemment contusionnée par un fardeau qu'il porte habituellement.

Opération — Grand Epiploon tordu, aux veines gorgées de sang.

L'Epiploon est détordu. On l'étale devant la masse intestinale.

Fermeture du ventre.

Suites opératoires. -- Guérison sans autre symptôme dans la suite.

Observation 2.

HOCHENEGG, 1900. (Soc. Impériale et Royale de Médecine de Vienne, 23 février 1900, *In Wiener Klinische Wochenschrift* 1900, p. 291).

Homme adulte.

Antécédents. — Hernie inguinale droite réductible datant de l'enfance.

Symptômes frustes d'étranglement qui spontanément disparaissent.

Maïs, douleur abdominale diffuse.

Examen. — Rien dans le canal inguinal.

Fosse iliaque douloureuse où l'on sent une tuméfaction volumineuse.

Intervention. — Ecoulement de liquide hématique.

Grosse masse épiploïque violacée, tordue, ayant le volume d'une tête d'enfant.

Torsion près du côlon transverse.

Résection.

Observation 3.

WIENER, 1900 (*Annals of Surgery*, Philadelphie, avril 1900).

Homme de 79 ans.

Antécédents. — 1^o A été l'an dernier renversé par un tramway.

Aucune lésion sérieuse constatée alors.

2^o Une vieille hernie réductible, peu volumineuse, dont il n'a jamais souffert.

Il y a un mois, violente douleur dans la fosse iliaque droite ; la crise dura 24 heures et disparut spontanément.

Il y a 4 jours, nouvelle crise sans vomissement, sans fièvre, sans arrêt des matières et des gaz.

Examen. — Ventre souple. On sent dans la fosse iliaque droite une tumeur du volume d'une orange, sensible au palper, mate à la percussion.

Sac herniaire vide. Température 38°5. Pouls : 100.

Diagnostic. — Abscess appendiculaire.

Intervention. — Incision verticale sur la tumeur.

On extériorise une masse épiploïque large comme une paume de main, infiltrée et de couleur violacée (dark-blue).

Son extrémité inférieure est adhérente à un appendice épiploïque du côlon ascendant.

La masse est rattachée au reste de l'épiploon par un pédicule grêle tordu 5 à 6 fois.

Ablation.

Suites opératoires. — Guérison.

Observation 4.

LEJARS, 1900 (*Soc. Chir.*, 9 mai 1900).

Homme de 50 ans.

Histoire de la maladie. — Syndrome abdominal aigu unilatéral droit depuis 4 jours. Vomissement verdâtre. Température 38°5, Pouls : 100.

Antécédents. — Aucun.

Examen. — 1° Volumineuse masse dans la fosse iliaque droite, empâtée, douloureuse, avec limite assez vague en dedans.

2° Hernie inguinale droite ancienne et réduite.

Le doigt pénètre aisément dans le canal inguinal.

Orifice externe est un peu dilaté.

Intervention. — Grosse masse épiploïque violacée noirâtre, ecchymotique se prolongeant assez loin vers le rebord costal.

Adhérence, constituée par le grand épiploon tout entier, rattachée au côlon transverse par un pédicule gros comme

2 poings, long de 4 à 5 centimètres, plusieurs fois tordu sur lui-même.

Ablation de la masse, c'est à-dire la totalité du grand Epiploon.

Suites opératoires. — Le malade meurt au troisième jour de delirium tremens.

Observation 5.

G. OELLWEIN, 1901. (*K. K. Gesellschaft der Aertzte in Wien*, 1901).

Homme de 76 ans.

Antécédents. — Vieille hernie inguinale droite depuis 30 ans.

Syndrome abdominal aigu droit unilatéral.

Diagnostic. — Appendicite.

Intervention. — Epiploon tordu 4 fois sur lui-même, immédiatement au-dessous du côlon Transverse, et dont l'extrémité inférieure est incluse dans le sac herniaire.

Observation 6.

TUFFIER, 1901. (*Bulletin et Mémoires de la Soc. Chir.* 1901).

Homme de 46 ans.

Antécédents — Porteur d'une hernie inguinale gauche, ancienne, réductible.

Histoire de la maladie. — Syndrome abdominal aigu sans arrêt des matières et des gaz.

Diagnostic. — Occlusion.

Intervention.— Laparotomie médiane.

Légère ascite.

Tumeur épiploïque gangrénée, tordue 2 fois sur elle-même au-dessous de l'estomac, attachée en bas par une adhérence au niveau de l'orifice inguinal gauche.

Observation 7.

HECKER, 1902.— (Observation rapportée par BALDWIN. *Ann. of Surgery*, 1903, p. 942).

Homme de 47 ans.

Antécédents.— Pas d'antécédents, pas de hernie.

Histoire de la maladie.— Début par nausées et quelques douleurs de la fosse iliaque droite il y a 3 jours.

Pas de température.

L'état persiste et s'aggrave le lendemain et le surlendemain.

Examen.— Fosse iliaque douloureuse et contracturée.

Diagnostic.— Appendicite aiguë.

Intervention.— Appendice normal.

Torsion épiploïque ayant le volume d'une grosse figue et, étalée, la surface d'une main.

Pédicule très grêle (8 tours de spire).

Ablation.

Suites opératoires.— Guérison.

Observation 8.

SYME, 1902. (*Inter. Coll. Med. Journal Australia*, 1902).

résumée par FULLER : *Surg. Gym. Obst.* 1908).

Femme de 27 ans.

Antécédents. — Une chute.

Symptômes. — Syndrome abdominal aigu.

Intervention. — Epiploon tordu en masse adhérent aux intestins.

Résection.

Observation 9.

MALHERBE, 1903, janvier (*Archives Provinciales de chirurgie*, avril 1903).

Homme de 28 ans.

Antécédents. — Antécédent de hernie inguinale droite depuis 6 ans, réductible.

Symptômes. — Syndrome abdominal aigu de la fosse iliaque droite.

Examen. — Rien au canal inguinal.

Fosse iliaque droite douloureuse, empâtée et mate.

Diagnostic. — Appendicite.

Intervention. — Tumeur épiploïque volumineuse violacée, tordue trois fois sur elle-même au niveau d'un pédicule siégeant à l'union du 1/3 supérieur et du 1/3 moyen du Grand Epiploon.

Résection.

Suites opératoires. — Guérison.

Observation 10.

Th. B. NOBLE, 1904. (*American Journal of Obstetric*,
mars 1904. *Semaine médicale*, 1904, p. 260).

Femme de 24 ans.

Antécédents. — Blennorragie il y a 2 ans 1/2.

Depuis 2 ans crises douloureuses intermittentes.

Il y a 8 jours, douleur plus violente, épigastrique, brutale,
avec nausées, pas de vomissement.

Température 37°7. Pouls 90.

Examen. — Ventre légèrement ballonné.

Fosse iliaque douloureuse avec maximum au point de
Mac Burney.

Un peu de contracture.

À la percussion *matité* aux limites imprécises à droite et
au-dessous de l'ombilic.

Pas d'arrêt de matières et de gaz.

Diagnostic. — Appendicite.

L'intervention est conseillée et refusée par la malade.
On temporise. Mais, les phénomènes persistent, la température monte à 38°7. Le sixième jour, on sent une masse très nette entre l'épine iliaque antéro-supérieure et l'ombilic.

La malade accepte l'intervention.

Intervention. — Masse épiploïque violacée presque noire large de 5 cm. et longue de 12 cm. 1/2, entourée d'adhérences récentes.

Après la section des adhérences, laquelle s'accompagne d'une hémorragie assez abondante, on remarque que la

masse épiploïque est fixée à son extrémité inférieure au pavillon de la trompe droite.

Ablation de la masse.

Suites opératoires. — Guérison.

Observation 11.

STEWART, 1903. (*Journal American Assoc.*, 1904, p. 767).

Homme de 35 ans.

Antécédents. — Syndrome abdominal aigu (douleur, vomissements) ayant apparu brusquement il y a 4 jours et persistant encore actuellement.

Température 101° F. (39°). Pouls 120.

Pas d'arrêt des matières, ni des gaz.

Examen. — Contracture de tout le côté droit de l'abdomen. Point de sensibilité maxima sur le bord externe du grand droit, à la hauteur de l'ombilic.

Diagnostic. — Appendicite aiguë.

Intervention. — Appendice normal. Appendicectomie.

Un examen plus complet montre une torsion de la partie inférieure droite de l'Epiploon (un tour de spire complet).

Résection.

Examen de la pièce. — 6 pouces de long, 3 pouces de large.

Suites opératoires. — Guérison.

Observation 12.

SCUDDER, 1904. (*Annals of Surgery*, 1904, p. 916).

Homme de 25 ans.

Antécédents. — Douleur abdominale depuis 7 jours.

D'abord elle est généralisée, mais se localise peu à peu dans le flanc droit.

Des vomissements apparaissent le premier jour ; pas de selles depuis 3 jours.

Examen. — Ventre ballonné.

Pas de hernie.

Pas de contracture.

Sous la paroi on sent une masse aux limites imprécises, occupant la fosse iliaque droite, et s'étendant vers la ligne médiane. Elle est mate, non mobile, peu douloureuse.

Toucher rectal : un peu de sensibilité sur le côté droit.

Intervention. — Epiploon légèrement adhérent, épaissi, aux vaisseaux thrombosés, descendant dans le pelvis.

Dans l'hypocondre droit, se trouve une masse du volume d'une grosse orange.

C'est une partie du Grand Epiploon tordu une fois et demie sur lui-même.

Ablation du Grand Epiploon au ras du Transverse. Appendice en état d'inflammation subaigüe.

Appendicectomie.

Suites opératoires. — Guérison.

Observation 13.

RIEDEL, 1905 (*Munch. Med. Wochenschrift*, 1905.)

Femme, 38 ans.

Antécédents. — Il y a un an, grossesse douloureuse qui se termine par un accouchement prématuré d'un enfant mort-né à 6 mois.

La douleur qui était disparue après l'accouchement est revenue peu à peu à la suite d'un effort (soulèvement d'un fardeau).

Actuellement. — Douleur dans la partie droite de l'abdomen. Fonctionnement normal de l'intestin. Pas de vomissement.

Examen. — Ventre d'aspect normal.

Au toucher vaginal on sent une masse adhérente derrière l'utérus. Température et pouls normaux.

Intervention. — Pas de liquide dans le ventre.

Appendicite chronique. Appendicectomie.

On trouve une masse épiploïque tordue, adhérente à l'intestin et à la paroi antérieure du petit bassin.

Cette masse est rattachée au reste du Grand Epiploon par un mince pédicule tordu en deux endroits.

Examen de la pièce. — Il semble qu'il s'agit là d'une torsion ancienne (adhérence et absence de liquide péritonéal), vraisemblablement produite au cours de l'accouchement, bien tolérée, jusqu'à reprise des symptômes à l'occasion d'un effort.

Observation 14.

CULLEN, 1905 (*John Hopkins hosp. Bulletin*, 1905.)

Homme, 47 ans. — Poids 90 kilos.

Antécédents. — Il y a six jours, à la suite d'un traumatisme, douleur épigastrique. Pas de douleur dans la fosse iliaque droite. Température 101° F. (39°). Pouls 100.

Diagnostic. — Appendicite aiguë.

Intervention. — Appendice un peu épaissi, légèrement adhérent. Appendicectomie.

Poussant plus loin l'examen, on sent à bout de doigt une masse irrégulière. On agrandit l'incision jusqu'au rebord costal et on extériorise facilement une masse épiploïque violacée, légèrement adhérente à la vésicule biliaire qui est normale.

La torsion est de plusieurs tours de spire. Résection.

Examen de la pièce. — Masse de couleur brunâtre mesurant 14 cm. sur 12 cm.

Examen histologique. — Vaisseaux thrombosés. Infiltration sanguine dans le tissu adipeux épiploïque.

Observation 15.

OTTO SIMON, 1905. (*Munch. Med. Woch.* 1905, p. 1979).

Homme de 26 ans.

Antécédents. — Syndrome abdominal aigu datant de 10 jours, aggravation depuis 2 jours.

Examen. — Contracture de toute la fosse iliaque. Pas de masse perceptible (peut être cause de la contracture).

Température 38° 5. Pouls 110.

Intervention. — Il s'écoule 1 litre et demi de liquide hémattique. On trouve une masse épiploïque foncée œdémateuse.

Résection.

Appendice adhérent. (4 cm. de long).

Suites opératoires. — Guérison.

Examen de la pièce. — La masse est longue de 18 cm., large de 10, épaisse de 6.

Thrombose veineuse.

Aspect verdâtre gangreneux à certains endroits.

L'appendice ne présente pas de lésion inflammatoire.

Observation 16.

SMYTHE, 1905 (*Surg. Gyn. Obst.* octob., 1906.)

Homme de 30 ans.

Antécédents. — Hernie inguinale qui n'est pas sortie depuis 10 ans. Depuis 2 ans, crise abdominale légère, étiquetées appendiculaires.

Il est pris, il y a 2 jours de coliques dans la région abdominale droite.

Examen. — Ventre contracté.

Pas de nausées. Température 38° : Pouls 100.

On trouve dans la fosse iliaque une large tumeur mieux limitée que celle que l'on observe ordinairement dans l'appendicite.

Intervention. — Liquide séro-hématique.

Une masse épiploïque noirâtre légèrement adhérente à l'intestin sous-jacent.

Cette masse est sur le point de se séparer, au point de torsion (6 tours de spire).

Cette torsion porte sur la moitié de la masse épiploïque.

Résection.

Suites opératoires. — Guérison.

Observation 17.

LAPEYRE, 1907. (*Soc. chir.* 1907).

Homme, 44 ans.

Antécédents — A depuis 20 ans une hernie inguinale pour laquelle il portait un bandage.

Depuis 4 ou 5 ans, la hernie ne sort plus.

Pas de hernie apparente.

A la suite d'un effort, il est pris d'une douleur brutale dans le ventre (douleur en coup de poignard), accompagnée de vomissements bilieux et rapidement d'un état général grave.

Examen. — Ventre météorisé, douloureux dans tout le côté droit avec un empâtement qui s'étend de l'arcade crurale aux fausses côtes.

Diagnostic. — Appendicite aiguë.

Glace sur le ventre. Diète, repos.

Temporisation.

Intervention. — Le 3^e jour, devant l'aggravation des symptômes l'opération est décidée.

Epiploon très épaissi, énorme, infiltré de sang, rouge-noirâtre : il existe des parties scléreuses dures, de véritables cordes : en d'autres points d'énormes lacis veineux. La

masse adhère par sa partie inférieure à l'orifice inguinal interne.

Pédicule rattaché au côlon Transverse long de 4 à 5 cm gros comme le petit doigt, tordu 3 à 4 fois de gauche à droite ayant l'aspect d'une grosse corde. Ablation de la masse Poids 0kg. 450 gr. Il existe de la péritonite diffuse avec vascularisation et distension extrêmes des anses intestinales. Appendice sain.

Suites opératoires. — Après amélioration brusquement l'état s'aggrave ; mort 54 heures.

Observation 18.

SKEEL, 1907. (*Am. Journal of Obstetrics*, 1907).

Homme, 21 ans.

Antécédents. — Pas d'antécédent, pas de hernie.

Crise abdominale brusque.

Diagnostic. — Appendicite aiguë.

Intervention. — Epiploon tordu présentant une large masse sombre pédiculée près du côlon transverse.

Ablation.

Suites opératoires. — Guérison.

Observation 19.

SCHOENHOLZER, décembre, 1908. (In Th. Barboni, Paris, 1911)

Jeune fille, 20 ans.

Antécédents. — Douleurs abdominales sourdes, intermittentes depuis plusieurs mois.

Il y a 4 jours les douleurs abdominales sont plus vives et s'accroissent peu à peu.

Examen. — Arrêt des selles sans arrêt des gaz.

Température 37°9. Pouls 120.

Ventre un peu ballonné et douloureux. Pas de contracture.

On sent à droite une tumeur grosse comme le poing qui s'étend de la hauteur de l'ombilic à la région iléo-cœcale.

Ses limites précises, sur son côté interne, le sont moins en dehors.

A la percussion, submatité, mais, tympanisme entre la tumeur et la fosse iliaque.

Pas de hernie, pas d'ictère.

Après une mise en observation de quelques heures l'état général s'aggravant, le pouls s'accroissant à 132, la température s'élevant à 38°4, on décide d'intervenir.

Intervention. — Pas de liquide dans le ventre.

Tumeur épiploïque de couleur bleu foncée avec des zones brillantes, graisseuses.

La tumeur pénètre dans le petit bassin.

On en libère les adhérences, et on reconnaît que l'on a à faire à une torsion du Grand Epiploon dont les tours de spire se répartissent sur toute la hauteur de la tumeur au nombre de 4, dirigés de gauche à droite.

L'Epiploon est appendu en haut du côlon transverse par une corde solide en forme de tire-bouchon.

Le côlon a la forme d'un M.

Plus de la moitié de l'Epiploon est compris dans la tumeur.

Résection.

Suites opératoires. — Guérison.

Observation 20.

HALE, 1917 (*Journal of the Medic. Associat.*, p. 977).

Homme, 66 ans

Antécédents. — Présente des antécédents abdominaux de longue date. Il y a 20 ans, crise aiguë avec début brusque qui dura une semaine.

Depuis 5 ans il présente des douleurs sourdes.

Depuis 2 mois il y a augmentation de ces douleurs qui s'irradient. Il y a 3 jours, douleur brutale constrictive à localisation ombilicale, accompagnée de nausées et de vomissements.

Examen. — Ventre ballonné avec douleur et contracture.

Les douleurs siègent dans la fosse iliaque droite.

Sous la paroi, on sent une masse entre le rein droit et la région appendiculaire.

Pouls 85. Température 102 F. Etat général sérieux.

Diagnostic. — Appendicite aiguë.

Intervention. — On trouve du liquide séro-hématique.

Appendice sain.

On sent une masse entassée entre le cæcum et la paroi, donnant au palper une sensation de granulation.

On pense à une tumeur du rein ; mais après avoir décollé on voit qu'il s'agit d'une partie du Grand Epiploon tordu 6 fois sur un pédicule.

La partie étranglée est sombre et serait devenue rapidement gangrénée.

Ablation.

Suites opératoires. — Guérison.

Observation 21.

R. KOHLER (*Wien. KL. Woch.*, 1917).

Femme, 27 ans.

Antécédents. — Pas d'antécédents.

Syndrome abdominal aigu de la fosse iliaque droite datant de 24 heures.

Diagnostic. — Appendicite aiguë.

Intervention. — Liquide séro-hématique.

Torsion libre d'un fragment du Grand Epiploon.

Ablation. Pièce de 10 cm. de long sur 3 cm. de large.

Suites opératoires. — Guérison.

Observation 22.

BUBIS, 1919 (*Surg. Gyn. Obstetrics*, 1919).

Femme, 26 ans.

Antécédents. — Enceinte de 5 mois.

Souffre depuis quelques jours d'une douleur abdominale droite, ayant apparu progressivement, et s'accompagnant de constipation.

Examen. — La constipation persiste, la sensibilité augmente, la fièvre apparaît.

Dans la fosse iliaque droite très douloureuse on sent 4 petites masses au flanc de l'utérus.

Le lendemain, devant l'aggravation des symptômes, on décide d'intervenir.

Diagnostic. — Appendicite.

Intervention. — Ecoulement de liquide hémorragique.

Masse épaisse descendant derrière l'utérus, légèrement adhérente, formée par le Grand Epiploon tordu.

Appendice légèrement adhérent.

A sa coupe, on voit qu'il est oblitéré.

Sur l'utérus, 4 petits fibromes existent qui sont les petites masses senties avant l'intervention.

Suites opératoires. — Guérison sans incident.

Accouchement normal à 8 mois.

Observation 23.

J. F. ERDMANN, 1921 (*New-York surgical Soc.* ;

Ann. of surgery, 1921, page 252).

Enfant de 14 ans.

Antécédents. — Histoire d'appendicite au début.

Il se plaint de : nausées, vomissements, douleur ombilicale.

Examen. — La douleur se localisait vers la moitié de la partie droite de l'abdomen.

Diagnostic. — Appendicite aiguë.

Intervention. — Incision haute.

L'appendice trouvé est libre.

L'exploration montre une masse sombre dans le voisinage de la vésicule biliaire. C'est la moitié du Grand Epiploon tordu 3 fois sur lui-même de droite à gauche et nécrosé.

Cette masse est réséquée. L'appendice est enflammé (suppurating).

Observation 24.

LEFEBVRE, 1923 (*Soc. chir. de Paris*, 1923, janvier).

Rapporteur : M. le professeur DESCOMPS).

Homme, 65 ans.

Antécédents. — Accidents abdominaux aigus datant de 48 heures.

Douleur abdominale droite, violente et brusque.

Constipation, sans arrêt des gaz.

Nausées, un vomissement.

Température : 39°4.

Pouls 130 mais bon faciès. Etat général assez satisfaisant.

Examen. — Ballonnement du ventre modéré.

Contracture abdominale du flanc droit.

Point douloureux maximum au-dessus du point de Mac Burney.

Pas de plastron, pas de tuméfaction profonde.

Toucher rectal négatif.

Diagnostic. — Appendicite aiguë.

Intervention. — Laparotomie latérale droite, pas de liquide dans le ventre, rien dans la fosse iliaque droite, cæcum et appendice libre, appendice sain. Au devant du côlon ascendant à droite, puis vers la ligne médiane, on trouve une masse noirâtre très légèrement adhérente à la paroi de l'intestin, de consistance presque cartonnée et très friable. C'est le Grand Epiploon tordu 3 fois dans le sens des aiguilles d'une montre. On le suivait jusqu'à l'insertion de son attache colique, on voit qu'il présente à droite une sorte de nœud que l'on reconnaît être formé par le Grand Epiploon

tordu autour de son attache colique dans le sens de la hauteur, l'épiploon est divisé par des incisures profondes. Les portions saines de l'épiploon ne présentent aucune trace d'épiploïte aiguë ou chronique. Résection du segment nécrosé, appendicectomie, fermeture sans drainage.

Suites opératoires. — Pendant 48 heures suites normales, le 3^e jour broncho-pneumonie, mort au 6^e jour.

Examen histologique de l'appendice. — Il est sain.

Observation 25.

SCHOEF et KELLER, 1923 (*Soc. Obs. et Gyn.*, 1923).

Femme, primipare, 26 ans.

Antécédents. — Grossesse de 5 mois. Environ 3 semaines avant, crise douloureuse abdominale droite avec vomissements qui céda spontanément.

Depuis 3 jours elle est reprise des mêmes symptômes, mais plus intenses.

Examen. — Ventre ballonné.

Parésie intestinale, vomissements, contracture du flanc droit qui est le siège de la douleur maxima.

Température 37. Pouls 90.

Diagnostic. — Hésitant.

Cholécystite subaiguë ou appendicite.

Intervention. — Liquide franchement hémorragique dans le ventre.

Masse épiploïque rouge noirâtre, grosse comme 2 poings libre dans la cavité abdominale.

Pédicule gros comme 2 doigts et tordu de 360°.

Ablation.

Suites opératoires. — Guérison.

Examen de la pièce. — Epaississement des tissus dû à des hémorragies plus ou moins récentes.

Cette hépatisation hémorragique est surtout prononcée aux parties périphériques des lobes adipeux.

Çà et là, cicatrices blanchâtres. On trouve entre ces lobes épaissis des parties où le tissu adipeux n'est pas altéré. Pas de thrombose à voir microscopiquement.

Observation 26.

BUFALINI, 1924 (*Il policlinico Sez. Chir.*, 15 juin 1924.)

Homme de 38 ans.

Antécédents. — Syndrome douloureux du bas ventre avec difficulté de la miction.

5 jours plus tard la douleur se localise dans la fosse iliaque droite.

Température 37°9.

Opération antérieure de hernie inguinale droite.

Diagnostic. — Appendicite.

Traitement médical (glace, opium).

La température tombe.

Examen du sang. Leucocytose 4.000 G. B.

Mais une tumeur apparaît dans la fosse iliaque droite.

Intervention. — Masse épiploïque tordue.

Appendice normale.

Résection.

Suites opératoires. — Guérison.

Observation 27.

Cucci, 1925 (*Revista ospedaliera*, Rome, 30 avril 1925.)

Femme, 33 ans.

Antécédents. — Syndrome abdominal droit unilatéral aigu.

Diagnostic. — Appendicite aiguë.

Intervention. — D'urgence.

Omanto-volvulus massif avec 5 étranglements.

Résection.

Examen de la pièce. — Poids 200 gr.

Suites opératoires. — Guérison.

Observation 28.

Cucci, 1925 (*Revista ospedaliera*, Rome, 30 avril 1925).

Homme, 34 ans.

Antécédents. — Porteur depuis 4 ans d'une hernie inguinale droite. Au cours d'un effort, il ressent une douleur violente dans la fosse iliaque droite qui est suivie de la disparition de la tumeur herniaire.

Examen. — Quelques jours après, on note dans la fosse iliaque droite une douleur vive avec contracture de la paroi, au point de Mac Burney.

A la palpation on sent une masse grosse comme le poing à contour mal défini.

Pas de vomissement.

Pas d'arrêt des matières et des gaz.

Intervention. — Masse épiploïque fortement infiltrée et adhérente aux parois de l'abdomen.

Ces adhérences sont détachées, l'épiploon est sorti du ventre et apparaît tordu sur lui-même. Il présente des phénomènes de dégénérescences.

Résection.

Examen de la pièce. — 4 anneaux de torsion. Longueur 32 cm. Poids 370 gr.

Observation 29.

MULLEN, 1925 (*Surg. Gyn. and Obst.*, n° 5, mai 1925).

Homme, 34 ans.

Antécédents. — Syndrome abdominal (douleur, nausées, vomissements). Depuis 3 jours, selles normales. Température 38°. Pouls 104.

Examen. — Abdomen un peu ballonné.

Contracture de la fosse iliaque droite.

Masse arrondie dont la palpation et la mobilisation sont un peu douloureuse et provoquent des nausées.

Diagnostic. — Appendicite aiguë avec abcès.

Intervention. — Liquide sanguinolent noirâtre dans l'abdomen.

Appendice normal.

La masse est faite d'épiploon œdémateux, violacée, et tordue.

Résection.

Suites opératoires. — Guérison.

Observation 30.

POLLOSSON et COMTE, 1925 (*Lyon Chir.*, juillet-août 1925).

Homme, 62 ans.

Antécédents. — Porteur depuis 15 ans de hernie inguinale droite réductible qu'il maintient par un bandage.

Depuis 3 mois, douleur épigastrique sourde et assez vive avec parfois des crises aiguës sans vomissement.

Rien d'anormal du côté de la hernie.

Examen. — Masse du volume d'une orange dans la fosse iliaque droite, allongée, régulière et mobile, dont la mobilisation entraîne celle du testicule, lequel est blindé par la vaginale épaissie.

Diagnostic. — Torsion épiploïque.

Intervention. — Masse épiploïque tordue, fixée à l'orifice inguinal interne.

L'insertion colique est réduite à un mince pédicule. Entre les deux zones d'attache, le Grand Epiploon était enroulé en cornet autour d'une cavité centrale.

Il avait perdu sa souplesse normale, et formait une masse du volume d'un poing.

Observation 31.

SCHWARZ, 1926 (*Zentralblatt fur chirurgie*, janvier 1926).

Femme, 48 ans.

Antécédents. — Opérée il y a 5 semaines d'une hernie inguinale droite volumineuse contenant de l'épiploon, est prise depuis 48 heures de douleurs abdominales aiguës,

d'abord généralisées, puis localisées à la région supérieure droite de l'abdomen.

Examen. — Ventre météorisé.

Maximum de la douleur sous le rebord costal droit, sur la ligne mamelonnaire, avec contracture musculaire à ce niveau.

Profondément, on sent une tumeur arrondie, peu sensible à la pression, mobile avec la respiration.

Diagnostic. — Cholécystite aiguë.

Intervention. — Tumeur grosse comme un petit poing, jaune verdâtre, recouverte de plaques fibrineuses adhérentes à la paroi, au foie et à la vésicule biliaire qu'elle coiffe.

Après avoir libéré les adhérences on reconnaît qu'il s'agit d'un paquet épiploïque dont le pédicule est tordu 10 fois.

Vésicule biliaire intacte.

Résection.

Suites opératoires. — Guérison.

Observation 32.

F. R. BROWN, 1926 (*British Medical Journal*,
30 janvier 1926.)

Homme, 63 ans.

Antécédents. — Syndrome abdominal aigu unilatéral droit avec maximum.

La contracture de la paroi est nette.

Diagnostic. — Appendicite.

Intervention. — Torsion de la partie droite du Grand Epiploon.

Observation 33.

HINTON, 1926 (*Arch. et Surgery*, oct. 1926).

Femme, 28 ans.

Antécédents. — Aucun.

Syndrome abdominal aigu péri-ombilical droit datant de 18 heures.

Vomissements.

Examen. — Douleur généralisée à tout le ventre avec maximum dans la fosse iliaque droite où bientôt elle se localise.

Légère contracture.

Pas de masse au palper.

Toucher. — Utérus et annexes normaux.

Diagnostic. — Appendicite aiguë.

Intervention. — Masse épiploïque gangrénée.

Appendice normal.

La vésicule contient un gros calcul. Cholecystectomie.

Ablation de la masse épiploïque, laquelle est tordue 3 fois sur elle-même.

Elle a 11 cm. sur 9 cm.

Suites opératoires. — Guérison.

Observation 34.

F. ALBERT, de Liège, 1927 (*Congrès de chir.*, 1927, p. 221).

Antécédents. — Début brusque par douleur violente péri-ombicale à maximum droit.

Vomissements.

Arrêt complet des matières et des gaz.

Diagnostic. — Grand Epiploon tordu en masse au moins 5 à 6 fois, autour de son grand axe. Son bord libre est absolument normal, mais son bord droit se trouve inséré anormalement bas sur le côlon droit qui est fortement mobile ainsi que l'angle hépatique.

De cette façon, la torsion du Grand Epiploon a entraîné une véritable torsion de l'angle hépatique, réalisant à ce niveau une obstruction totale.

Résection du Grand Epiploon.

Le côlon dès la résection se libère.

On le fixe par colopexie droite.

Suites opératoires. — Guérison.

Observation 35.

POLIDORI, 1927 (*Archivo-italiano di chirurgia*, mars 1927).

Femme, 38 ans.

Antécédents. — Syndrome abdominal aigu de la partie supérieure et droite du ventre, datant de 2 jours.

Le syndrome a commencé par une douleur brutale.

Arrêt des matières et des gaz, mais pas de vomissement, pas de température.

Examen. — Ventre météorisé.

Légère contracture douloureuse unilatérale, droite, avec maximum dans la région sous-costale droite.

Résistance profonde et un peu de submatité.

Pas de hernie.

Diagnostic. — Occlusion intestinale de cause mécanique.

Intervention. — Anse intestinale distendue avec sous le foie une masse constituée par les 2/3 du Grand Epiploon tordu sur son insertion conique.

Torsion de 2 ou 3 tours de gauche à droite, très serrée.

Aucune adhérence.

Résection.

Suites opératoires. — Guérison.

Observation 36.

URBANI, 1927. (*Il policline. Sez pratica*, an 34, fase. 24,
13 juin 1927, p. 847-849).

Femme, 53 ans.

Antécédents. — Syndrome abdominal aigu de l'étage supérieur de l'abdomen datant de 3 jours.

Aucun antécédent morbide, pas de vomissement, pas de température, parésie intestinale au début.

Examen. — Etat général fatigué.

Pas de masse perceptible à la palpation.

Diagnostic. — Pas de diagnostic.

Intervention. — 3 jours après le début des accidents, l'état général étant sérieux, l'intervention est décidée.

Incision para-médiane droite.

Le péritoine est teinté de brun.

Issue d'une grande quantité de liquide séro-hématique.

L'épiploon tordu 4 fois sur sa base d'implantation se présente aussitôt avec une teinte noirâtre.

Résection.

Appendice sain.

Vésicule biliaire légèrement adhérente à l'angle hépatique du côlon.

Suites opératoires. — Guérison.

Observation 37.

TROJAN, Szeged. Hongrie, (Zentral für Chir. t. LIV, n° 43, 22 octobre 1927, p. 2705-2706).

Homme, 24 ans.

Antécédents. — Douleur abdominale très violente localisée entre la crête iliaque droite et l'ombilic.

Le début des accidents remonte à 24 heures.

Examen. — On sent dans la fosse iliaque une masse grosse comme le poing, très douloureuse à la pression.

Température 37°7. Pouls 120.

Leucocytose 12.700.

Diagnostic. — Appendice, quoique la tumeur soit bien volumineuse pour une appendicite qui date à peine de 24 heures

Intervention. — A l'incision, s'écoule un peu de liquide séro sanglant. L'épiploon paraît rouge sombre ou bleuâtre, épaissi et œdématisé.

On l'attire et l'on constate qu'il n'adhère pas à l'appendicite ni au cœcum, mais qu'il a subi dans sa moitié droite une torsion de 360° sur son axe.

Un fragment d'épiploon est déjà nécrosé.

Résection de l'épiploon tordu et ablation de l'appendice.

Suites opératoires. — Guérison.

Observation 38.

BONNET, de Lyon, 1927 (*Soc. Chir. de Lyon*, 27 octobre 1927).

Homme, 26 ans.

Antécédents. — Syndrome abdominal unilatéral droit datant de 5 jours.

Examen. — Tuméfaction allongée le long du bord externe du grand droit, assez haut, presque sous le foie.

Diagnostic. — Cholescystite.

Intervention. — Issue de sérosité sanglante assez abondante.

Appendice ascendant, présentant des signes d'inflammation récente.

Tuméfaction sus-jacente, constituée par une masse épiploïte noirâtre, dure, avec adhérence pariétale au niveau de la gouttière latéro-colique. Pédicule présentant de nombreuses torsions en pas de vis.

Suites opératoires. — Résection.

Observation 39.

MAC. WHORTER, Chicago, 1928 (*Arch. of Surgery*, vol. XVI.

n° 2, fév. 1928, p. 569, 583).

Homme, 55 ans.

Antécédents. — Obèse. Présente depuis 48 heures un syndrome abdominal aigu unilatéral droit à maximum dans

l'hypocondre droit, pas de vomissement, pas d'arrêt des gaz, pas de constipation.

Examen. — Contracture marquée des 2/3 supérieurs de la paroi antérieure latérale droite avec douleur diffuse à la palpation de la région vésiculaire. Température 37°. Pouls 100.

La contracture ne permet pas de sentir s'il y a une tumeur abdominale.

Diagnostic. — Cholécystite aiguë.

Intervention. — Incision para-médiane droite. Liquide clair dans le péritoine. Présence d'une grosse masse constituée par le Grand Epiploon tordu autour d'un pédicule répondant à peu près à sa base, juste au-dessous de l'estomac. La masse étranglée a des colorations variant suivant les points (rouge, bleuâtre). Elle n'a pas d'adhérence avec le côlon transverse. Sa largeur est alors environ de 10 cm. Elle s'étale ensuite vers la droite jusqu'au-dessous de l'angle hépatique, auquel elle est rattachée par des adhérences récentes. Résection au-dessous du pédicule en tissu sain. Appendice sain. Pas de lésion de la vésicule biliaire qui est normale ainsi que l'estomac et le pancréas.

Suites opératoires. — Dilatation aiguë de l'estomac qui dura 3 jours.

Broncho-pneumonie de la base gauche, d'origine embolique possible. Guérison.

Examen de la pièce. — 11 cm. de long, 2 cm. d'épaisseur.

Torsion, un tour.

Observation 40.

MARC WHORTER (Chicago, 1928).

Homme, 49 ans.

Antécédents. — Syndrome abdominal aigu de la fosse iliaque droite.

Douleur en coup de couteau, datant de 48 heures.

Ni vomissement ni constipation.

Examen. — A la palpation contracture légère.

Douleur exquise remontant le long du côlon ascendant.

Pas de tumeur perceptible.

Diagnostic. — Appendicite aiguë.

Intervention. — Incision de la fosse iliaque droite.

Péritoine épaissi, œdémacié.

Écoulement de liquide clair en abondance.

Appendice congestionné, contenant un calcul fécal.

Ablation.

On agrandit l'incision et on tombe sur une masse du volume et de la couleur d'un rein.

On la sépare aisément des quelques appendices épiploïques enflammés. On reconnaît qu'il s'agit d'un épiploon par torsion d'un pédicule, répondant à peu près au milieu de la hauteur de l'organe.

Résection.

Suites opératoires. — Guérison.

Examen de la pièce. — Elle mesure 14 cm. × 5 cm. × 4 ; sa surface est recouverte d'une épaisse couche de fibrine.

Torsion d'un tour 1/2.

Observation 41.

PERIBÈRE (Obs. in th. Paris, 1928).

Homme, 29 ans.

Antécédents. — Il y a 12 ans a présenté une crise abdominale douloureuse avec vomissements.

Depuis 4 jours, à la suite d'un effort, a ressenti une douleur lombaire. Puis s'est établi un malaise caractérisé par anorexie, constipation, avec langue saburale et céphalée.

Purgatif il y a 24 heures. Le soir, douleur brusque. Pas de vomissement mais quelques nausées.

Examen. — Fosse iliaque droite douloureuse et contractée. Pouls à 100. Temp. 37°8.

Diagnostic. — Crise d'appendicite aiguë.

Intervention. — Incision de Mac Burney. Masse épiploïque noirâtre d'environ 8 cm. de long. Attirée à l'extérieur elle vient librement, tordue sur elle-même 2 fois dans le sens des aiguilles d'une montre.

Recherche de l'appendice qui est trouvé adhérent sur le cæcum.

Appendicectomie. Fermeture en trois plans.

Suites opératoires. — Le malade sort de l'hôpital au 10^e jour.

Observation 42.

MAGNANI, 1928, (*Il policlinico sez. prat.*, an XXXV,
fasc. 25, 25 juin 1928, p. 1202-1206).

Jeune fille de 17 ans.

Antécédents. — Aucun antécédent pathologique si ce n'est qu'une infection typhique à 5 ans.

Syndrome abdominal aigu unilatéral droit.

Douleurs très violentes.

Vomissements le jour suivant avec diminution des phénomènes douloureux.

Pas de température.

Examen. — Contracture de la fosse iliaque droite.

Point douloureux maximum au-dessus du point de Mac Burney.

Diagnostic. — Appendicite aiguë.

Intervention. — Appendice un peu adhérent à sa base, mais nullement enflammé.

Ablation.

A l'angle supérieur de la plaie un lambeau du Grand Epiploon adhérent à la séreuse pariétale, se continuait sous la forme d'une languette aplatie d'avant en arrière et de coloration rouge sombre. Les adhérences de ce lambeau sont faciles à libérer. A la partie supérieure ils se rattachent, d'une part à la séreuse pariétale un peu au-dessous du rebord costal au moyen d'un pédicule tordu sur lui-même ; un autre pédicule également tordu s'insère sur le Grand Epiploon restant.

Suites opératoires. — Guérison.

Examen histologique. — Gangrène au niveau du fragment épiploïque.

Appendice sans lésion inflammatoire récente.

Observation 43.

E. HEGGE, Ullevaal, 1929 (*Norsk Magasin for Laegevidenskaben*, an XV, n° 4, avril 1929, p. 395-397).

Homme, 54 ans.

Antécédents. — Un homme de 54 ans entre dans le service de Wideroe avec le diagnostic d'appendicite aiguë. On intervient aussitôt et l'on trouve un appendice normal dont on pratique l'ablation. Mais une exploration un peu plus attentive fait découvrir alors dans la cavité abdominale une tumeur du volume d'un œuf.

Après avoir extériorisé cette tumeur on constate qu'elle est constituée par une portion du Grand Epiploon rattachée à la partie de cet organe par un pédicule tordu sur lui-même.

On extirpe la tumeur avec le fragment de l'épiploon, auquel elle est appendue.

La guérison s'effectue sans complication.

Observation 44.

L. A INTROINI (*Revista médica del Rosario*, an XIX, n° 5, mai 1929, p. 230-234).

Antécédents. — Homme de 28 ans ayant eu pendant les jours précédents des symptômes d'embarras gastrique pour lequel il est purgé.

L'état s'aggrave rapidement.

Des vomissements paraissent. Le malade est vu 20 heures après le début de l'aggravation.

Examen. — A la palpation la présence est constatée d'une masse dans la fosse iliaque droite, très volumineuse et très sensible à la pression ; il existe une hernie inguinale droite avec sac libre.

Diagnostic. — Appendicite.

Intervention. — Torsion du Grand Epiploon qui est rouge vineux, congestionné. Résection.

Suites opératoires. — Guérison.

Observation 45

BRANDESKY, Vienne, 1929. (*Zentralblatt für chir.*, t. LVI, n° 30, 27 juillet 1929, p. 1859-1861.

Femme de 39 ans.

Antécédents. — Se plaint depuis 5 jours de douleurs abdominales vives à maximum dans la fosse iliaque.

Contracture qui empêche la palpation profonde.

L'orifice inguinal est large et libre avec impulsion à la toux. D'ailleurs cette femme est depuis longtemps atteinte de hernie inguinale droite mais réductible.

Diagnostic. — Appendicite.

Intervention. — Masse épiploïque plus grosse que le poing, infiltrée de sang noir, appendue à un pédicule gros comme le pouce tordu plus de 10 fois sur lui-même dans le sens de la progression des aiguilles d'une montre.

Résection.

Suites opératoires. — Guérison.

Observation 46.

N. SANTORO, 1929. (*La clinica chirurgica sér.*, an XV, fasc. 12, décemb. 1929, p. 1717-1724).

Examen. — Torsion en masse du Grand Epiploon simulant par son aspect clinique une appendicite aiguë à siège exceptionnellement élevé ou une cholescystite.

Intervention. — Elle est pratiquée d'urgence.

Ablation d'une masse tordue pesant 750 grammes, après section de son pédicule qui présentait 3 tours de spire.

Suites opératoires. — Résultat immédiat et éloigné, excellent.

Observation 47.

GATELIER et MAXIMIN, 1929, (in th. Paris 1929, J. RAMEAUX).

Homme, 59 ans.

Antécédents. — Entré à l'hôpital de Vaugirard le 30 avril 1929 pour crise douloureuse abdominale avec arrêt absolu des matières et des gaz depuis 2 jours.

Vomissements bilieux, bref, tableau complet d'une occlusion intestinale.

Examen. — Malade obèse, facies altéré (éthilique).

Etat général mauvais, langue sèche, temp. 37°. Pouls 80, mal frappé, respiration difficile, ventre météorisé.

La paroi considérablement épaisse ne permet pas de sentir le péristaltisme intestinal ni d'apprécier la présence d'une tumeur abdominale.

Examen de la région inguinale droite. — Orifice inguinal externe très élargi. Impulsion à la toux.

Ce malade a une hernie, depuis l'âge de 12 ans, mais cette hernie, parfaitement réductible, ne lui a jamais causé d'ennuis. Actuellement le sac herniaire est vide.

Diagnostic. — Occlusion intestinale aiguë, par réduction en masse de la hernie et de son agent d'étranglement.

Intervention. — Immédiate. La paratomie sous-ombilicale. Ecoulement de liquide séreux, louche.

Torsion du Grand Epiploon. Il est de couleur rouge vineux tordu plusieurs fois sur lui-même formant une masse volumineuse fixée par une adhérence fibreuse d'un demi cm. de diamètre environ, à l'orifice inguinal interne. Son extrémité distale tordue aussi, est repliée vers la droite, formant une anse dans la fosse iliaque.

Section de l'adhérence. Résection de la masse totale du Grand Epiploon. Rien d'anormal du côté de l'intestin. Fermeture de la paroi en un seul plan.

Poids de la pièce : 765 grammes.

Suites opératoires. — Le ventre resté ballonné. Arrêt complet des gaz. Mort le troisième jour de collapsus cardiaque.

Observation 48.

J. G. KNOFLACH. (*Deutsche Zeitschrift für Chir.*,
t. CCXXV, juillet 1930, p. 436-445).

Syndrome abdominal aigu.

Intervention immédiate.

On trouve une torsion du Grand Epiploon libre dans la cavité abdominale.

Résection.

Examen histologique. — Trace d'inflammation aiguë de l'épiploon.

Suites opératoires. — Guérison.

Observation 49.

J. G. KNOFLACH, 1930. (*Deutsche Zeitschrift für Chir.*, t. CCXXV, juillet 1930, p 436-445.).

Syndrome abdominal aigu.

A l'intervention, torsion du Grand Epiploon adhérent au fond de la vésicule biliaire.

Cette adhérence a vraisemblablement joué d'après l'auteur un grand rôle dans la torsion.

Résection.

Examen histologique de la pièce. — Inflammation banale.

Observation 50.

CORACHAN. (*Ars. Médica*, an VI, n° 63, octobre 1930, p. 345-348.

Syndrome abdominal aigu avec vomissements.

Examen. — Dans la fosse iliaque droite tuméfaction donnant la sensation d'un plastron appendiculaire.

Intervention. — On trouve une masse épiploïque tordue

et thrombosée. Exploration de la cavité abdominale pour ne pas laisser inaperçues de lésions concomittantes.

Ablation de la masse.

Appendice sain.

Suites opératoires. — Guérison.

Vu : le Président de la thèse,
OMBRÉDANNE.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

1. *Albert* (de Liège). — Congrès de Chir., 1927, p. 221.
2. *Barboni*. — Torsion de l'Epiploon. Thèse Paris, 1911.
3. *Bender*. — Torsion des appendices épiploïques simulant une appendicite (Zentralblatt für Chirurgie, 8 mai 1926).
4. *Bonnet* (de Lyon). — Société Chirurgie de Lyon, 27 octobre 1927.
5. *Brandesky* (Vienne). — Zentralblatt für Chir., t. LVI, n° 30, 27 juillet 1923, p. 1859-1861).
6. *Brownn*. — British Med. Journal, 30 janvier 1926.
7. *Bubis*. — Surgery Gyn. Obstetrics, 1919.
8. *Bufalini*. — Il policlinico sez. Chir., 15 juin 1924.
9. *Corachan*. — Ars. Medica, an VI, n° 63, octobre 1930, p. 345-348.
10. *Cullen*. — John Hopkins hosp. Bulletin, 1905.
11. *Desmier*. — Contribution à l'étude de l'Omentovolvulus ou torsion du Grand Epiploon. Thèse Paris, 1927.
12. *Eilél*. — New-York Med. Record, 20 mai 1899.
13. *Erdmann*. — New-York surgical Soc. an. of surgery, 1921, p. 252.
14. *Gatelier et Maximin*. — J. Rameaux in thèse Paris, 1929.
15. *Gucci*. — Revisto os pedaliera, Rome, 30 avril 1925.
16. *Hale*. — Journal of the Medic. Associat, p. 977.
17. *Hecker*. — Observation rapportée par Baldwin (Ann. of Surgery, 1902, p. 942).
18. *Hegge*. — Ullevaal, 1923. Norsk Magasin for Løgevedens kaben, an XV, n° 4, avril 1929, p. 395-397.

19. *Hinton*. — Archiv. et Surgery, octobre 1926.
20. *Hochenegg*. — Soc. Impériale et Royale de Médecine de Vienne, 23 février 1900 (in Wiener Klinische Wochenschrift, 1900, p. 291).
21. *Introini*. — Revista Medica del Rosario, an XIX, n° 5, mai 1929, p. 230-234.
22. *Kohler*. — Wien K. L., Woch., 1917.
23. *Knoflach*. — Deutsche Zeitschrift für Chir., Tome CCXXV, juillet 1930.
24. *Lapeyre*. — Société de Chirurgie, 1907.
25. *Lejaris*. — Soc. Chirurgie, 9 mai 1900.
26. *Lefebvre*. — Soc. de Chirurgie de Paris, 1923 (Janvier).
27. *Mac Whorter*. — Chicago Arch. of Surgery, vol. XVI, n° 2, fév. 1928, pp. 569-583.
28. *Magnani*. — Il policlinico sez. pratrica, an XXXV, fasc. 25, 25 juin 1928, pp. 1202-1206.
29. *Malherbe*. — Archives provinciales de Chirurgie, janvier 1903.
30. *Mattrais*. — De l'Omentovolvulus ou Torsion du Grand Epiploon. Thèse Paris, 1908.
31. *Mondor*. — Diagnostics abdominaux urgents.
32. *Mullen*. — Surg. Gyn. and. Obst., n° 5, mai 1925.
33. *Noble*. — American Journal of obstetrics, mars 1904. Semaine Médicale, 1904, p. 260.
34. *Ællwein*. — K. K. Gesellschaft der Aertzte in Wien., 1901.
35. *Otto Simon*. — Munch. Med. Woch., 1905, p. 1979.
36. *Periberé*. — Volvulus épiploïque pur. Torsion libre de l'Epiploon sain ou d'apparence sain. Thèse Paris, 1928.
37. *Polidori*. — Archivio. Italiano. di chirurgia, mars 1927.
38. *Polosson et Comté*. — Lyon Chirurgical, juillet-août 1925.
39. *Rameaux (J.)*. — Contribution à l'étude de la torsion du Grand Epiploon. Thèse Paris, 1929.
40. *Riedel*. — Munch. Med. Wochenschrift, 1905.

41. *Santoro*. — La clinica chirurgica, Sér. an XV, fasc. 12, décembre 1929, pp. 1717-1724.
42. *Schwarz*. — Zentralblatt für Chirur., janvier 1926.
43. *Schoeff et Keller*. — Soc. Obst. et Gyn., 1923.
44. *Schœenfolzer*. — In thèse Paris, 1911. Barboni.
45. *Scudder*. — Annals of Surgery, 1904, p. 916.
46. *Shell*. — An. Journal of Obstetrics, 1907.
47. *Silhol* (Marseille). — Rapport au 36^e Congrès français de Chirurgie, octobre 1927.
- 47 bis. *Smythe*. — Surg. Gyn. Obst., octobre 1906.
48. *Stewart*. — Journal American Assoc., 1904, p. 767.
49. *Syme*. — Inter. Coll. Med. Journal Australia, 1902, résumé par Tuller. Surg. Gyn. Obst., 1908.
50. *Trojan* (Szeged Hongrie). — Zentral. für Chir., tome LIV, n° 43, 22 octobre 1927, pp. 2705-2706.
51. *Tuffier*. — Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie, 1901.
52. *Urbani*. — Il poloclin. (sez. pratica), an 34, fasc. 24, 13 juin 1927, pp. 847-849.
53. *Wiener*. — Annals. of Surgery Philadelphie, avril 1900.

